Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

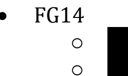
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*14.05.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Fallzahlen: keine Änderungen im Vergleich zu gestern, stark ansteigende Tendenzen in Russland und Brasilien, GB relativ konstant in den letzten Wochen, weiterhin steigende Tendenz in Indien, Saudi Arabien und Chile ○ 10-Tage-Plan Wuhan: Es gab hier seit Anfang April keine Fälle, doch jetzt ein neues Cluster mit 6 Fällen. Regierung hat entschieden, alle Einwohner Wuhan's (11 Mio.) in den kommenden 10 Tagen mit PCR zu testen. • 30 serologische Studien aus 12 Ländern, Zusammenfassung: ○ Unterschiedlicher Kontext, Stichprobengröße (145-20.000 Personen) und Methoden (Allgemeinbevölkerung, Schulen, Blutspender, Pflegeheime, KKH-Personal, usw.) ○ Es handelt sich nicht (nur) um wissenschaftliche Publikationen, oft nur Ergebnisse aus den Medien ○ Seropositivität zwischen 0 und 32%, letztere, höchste Proportionen in Boston (32%), Senioreneinrichtung in Schweden (30%), Gymnasium in Frankreich (26%) ○ Begrenzte Aussagekraft wegen nicht-zufälliger TN-Rekrutierung (random sampling) ○ Falsch positive Testergebnisse in Boston und Frankreich, hier wurden POC/Rapid Tests verwendet (nicht von der WHO empfohlen) ○ Nur eine Studie hat auch die Qualität (neutralisierende) und Quantität der Antikörper untersucht ○ Die für eine Herdenimmunität anvisierte Seroprävalenz von 60-70% wurde auch in stark betroffenen Gebieten bei weitem nicht erreicht ○ Verschiedene serologische Studien sind international in der Planung, es besteht großes Interesse in lower and middle-income countries, ZIG wird hierzu demnächst ein Update geben **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 172.239 (+933), davon 7.723 (4,5%) Todesfälle (+89), Inzidenz 207/100.000 Einw., ca. 150.300 Genesene, Reff=0,81 (Wert von gestern) ○ [redacted] ○ Reproduktionszahl	ZIG1 FG32



- [redacted] hat einen Begleittext zum neuen, geglätteten R-Wert vorbereitet
- Reff-Werte BL: nur für HH >1, aufgrund von IT-Problemen wurden einige Fälle verspätet gemeldet

- 7-Tages-Inzidenz liegt in 4 LK/SK über Inzidenz-Schwellenwert
  - [redacted]
- In DE sind unter den Fällen mehr Frauen als Männer, dies liegt ggf. an der sensitiveren Testung (Schwere nicht ausschlaggebend für Testung, mehr Männer unter schweren Fällen)
- Altersgruppen von Todesfällen: ändert sich in Richtung jüngerer Todesfälle, vermehrt Anfragen ans RKI, detaillierter über die Fälle zwischen 0 und 19 Jahren zu berichten (LK/SK, Vorerkrankungen, etc.), Datenschutzüberprüfung läuft
- Fälle nach Einrichtungen (Tätigkeit/betreut): mehr Fälle unter Personen die in Küchen oder Gaststätten von Einrichtungen tätig sind (§42), unter betreuten Personen ist trotz Screening die Fallzahl rückläufig
- Aktuell sind knapp >1.300 Patienten intensivpflichtig
- Ausbruchsgeschehen fleischverarbeitende Betriebe: mit Datenstand 11.05. ~250 Fälle,

Kommentiert [CF1]: Korrektur: alleine aus Presseberichten kommt man Stand 15.5.2020 morgens auf knapp 900 Betroffene in der Fleischindustrie, viele weitere Screenings laufen noch. In Betrieben mit größeren Ausbrüchen sind 26-53% der Belegschaft infiziert.

- Überlastungsanzeigen
  - KoNa kann nicht (immer) durch das RKI gesichert werden
  - Die Medien haben auch Abfragen bei den GA gemacht
  - [redacted]

	[redacted] ○ Wichtige Unterscheidung: ▪ <u>Überlastungsanzeigen</u> sind politische Anzeigen, dass GA überlastet sind. Zunächst muss das BL seine Kreise unterstützen, wenn dies nicht möglich ist, gucken, von wo Hilfe geholt werden kann. Das RKI dokumentiert dies lediglich ▪ <u>Amtshilfeersuche</u> sind Bitten um fachliche Unterstützung, diese versucht das RKI je nach Kapazitäten zu bedienen	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** • Nicht besprochen	
5	**Aktuelle Risikobewertung** **RKI-Risikobewertung** (Vorschlag hier) • Eine Anpassung der RKI-Risikobewertung ist geplant • „hoch für die Gesamtbevölkerung, sehr hoch bei Risikogruppen“ bleibt vorerst so erhalten • Diese Bewertung ist keine Prognose, wird aber häufig als solche gehandelt • Die Grundlagen der Risikoeinschätzung sind aktuell auf einer separaten Webseite erklärt (hier) • Die Kriterien, die der Bewertung zugrunde liegen sollen nun auch innerhalb der Risikobewertung kurz skizziert werden, indem die Systematik in Kurzform aufgezählt und das Ergebnis dargestellt wird, die Grundlagen (separat) bleiben gleich • Achtung: Zusehender Detailgrad beinhaltet ein höheres Risiko, sich auf verschiedenen Seiten/in verschiedenen Dokumenten zu widersprechen • Es erscheint bereits jetzt sinnvoll, zu überlegen wie die nächste Abstufung sein könnte, z.B. „regional hoch“, wenn der aktuelle abnehmende Trend sich fortsetzt *ToDo: LZ entwickelt Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung, Darstellung der Kriterien/Systematik zur Bewertung und der Ergebnisse.*	VPräs/alle
6	**Kommunikation** **BZgA**	

	• [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	BZgA
	Wo Lockerungen schwieriger sind • Für Menschenansammlungen auf engem Raum, wo die Personen danach wieder verstreut sind (nicht unbedingt im gleichen Haushalt), ggf. mit Musik, Alkohol, lauter Unterhaltung, werden Lockerungen kritischer gesehen, z.B. Discos, Clubs, Schützenfeste • Es sind keine/wenig Daten zu solcherart Settings verfügbar • Wenn die Fallzahlen weiter sinken und keine Leute mehr infiziert sind, kann man sich im Club nicht anstecken, dann ändert sich auch dort das Übertragungsrisiko • Aktuell gibt es Fall-Häufungen in Unterbringungen, wo Leute eng zusammenkommen, z.B. Altenheimen, KKH, etc. Mit der Zeit bessert sich hoffentlich die Einhaltung der Hygienemaßnahmen • Angepasste Maßnahmen sind auch bei Abwesenheit des Erregers wichtig, Beispiel MRSA im KKH, auch wenn Erreger nicht präsent ist, sollten Maßnahmen gut umgesetzt werden • In vielen LK gibt es in den letzten Wochen keine Fälle mehr (unerwartet gut!), die Sensitivität muss aufrechterhalten werden, wenn Maßnahmen gelockert werden • In DE hat die Bevölkerung bereits gewisse Maßnahmen umgesetzt, bevor offizielle Maßnahmen angekündigt wurden • Wie immer ist auch hier gute Kommunikation wichtig: selbst bei wenigen Fällen müssen Superspreading Events verhindert werden, bei großen Menschenansammlungen in geschlossenen Räumen → dies sollte auch erneut für die Bevölkerung klargestellt und noch besser kommuniziert werden • Es ist auch wichtig, dass die Erwartungen realistisch gehalten werden, eine Vorstellung, dass regelmäßige Testung der Allgemeinbevölkerung freie Bewegung ermöglicht muss verhindert werden • [redacted] • [redacted] • [redacted]	VPräs/alle

	Presse • Risikobewertung wurde oben besprochen • Heutige wird die abgestimmte Stellungnahme zum Entry und Exit-Screening publiziert • Nächste Woche Publikation aus dem LK Paderborn zur Testung Personal in Alten- und Pflegeheimen • Nutzung von tagesaktuellen Daten der Notaufnahmen ist geplant	Presse	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Teststrategie** • Das Thema wurde gestern im Krisenstab angesprochen aber AL1 war nicht dabei, ist noch nicht abgeschlossen • [redacted] ○ Testung bestimmter Populationen (symptomatische, Kontaktpersonen, Risikogruppen Altenheime und Aufnahmestationen im KKH, seroepidemiologische Studien) ○ Aussagekraft seroepidemiologischer Studien/Qualität von Antikörper-Tests ○ Korrelation neutralisierender Antikörper und Immunität • Papiere zum Kontaktpersonenmanagement übernimmt [redacted] aus FG36, zusätzliche Informationen gerne an FG36 schicken um gute Überarbeitung zu ermöglichen, diese soll auch mit AL1 abgestimmt werden • Im Rahmen der KoNa soll auch Möglichkeit der Testung asymptomatischer KP der Kategorie 1 eröffnet werden. Ob diese mehrmals getestet werden oder ob einmalige Testung genügt wird noch diskutiert. • Bevölkerungsweites Screening: dieser Ansatz wird nicht durch das RKI unterstützt, AL2 beginnt ein Positionspapier um die Probleme damit aufzuzeigen (statistische Bedenken, falsch positive Ergebnisse, Interpretierbarkeit, usw.). Das Papier wird auch in der Lage-AG vorgestellt werden, aktuell ist [redacted] (?) hierfür verantwortlich • Weitere Fragestellungen sind die Bedeutung von seroepidemiologischen Studien zur Bewertung der Durchseuchung, z.B. wann ist die weitergehende Untersuchung einer größeren Gruppe regional überhaupt von Bedeutung (auch hinsichtlich der Schonung von Testkapazitäten)? Welche ist die Sinnhaftigkeit weitergehender Untersuchungen abhängig von der Unterschreitung des Signalwertes? • Die Begrifflichkeiten müssen gut gefestigt werden damit auch politisch klar ist, wovon geredet wird, dies muss bei der Arbeit zu seroepidemiologischen Studien mitberücksichtigt werden	alle	

- [redacted]
- Qualitätsfragen sind intensiver Bestandteil der AG, das Diagnostik-Papier wird auch diesbezüglich überarbeitet
- Die PCR-Analyse ist hochsensitiv und stellt in der Regel kein Problem dar, nur wenige Labore haben diesbezüglich noch keine gute Performance, bei falschen Ergebnisse handelt es sich eher um Abnahmefehler
- Die Möglichkeit der Antikörper-Testung bei klinischem fortbestehenden Verdacht wird diskutiert, ggf. kann die Antikörper-Testung als weiteres diagnostische Kriterium angeführt werden
- Daten aus Island: jede 2. Person, die PCR-positiv ist, ist asymptomatisch, von asymptomatisch getesteten serokonvertieren nur ca. 20%

ToDo: AL1 bespricht Positionspapier zu Bevölkerungsscreening mit AL2

Spucke zur Testung

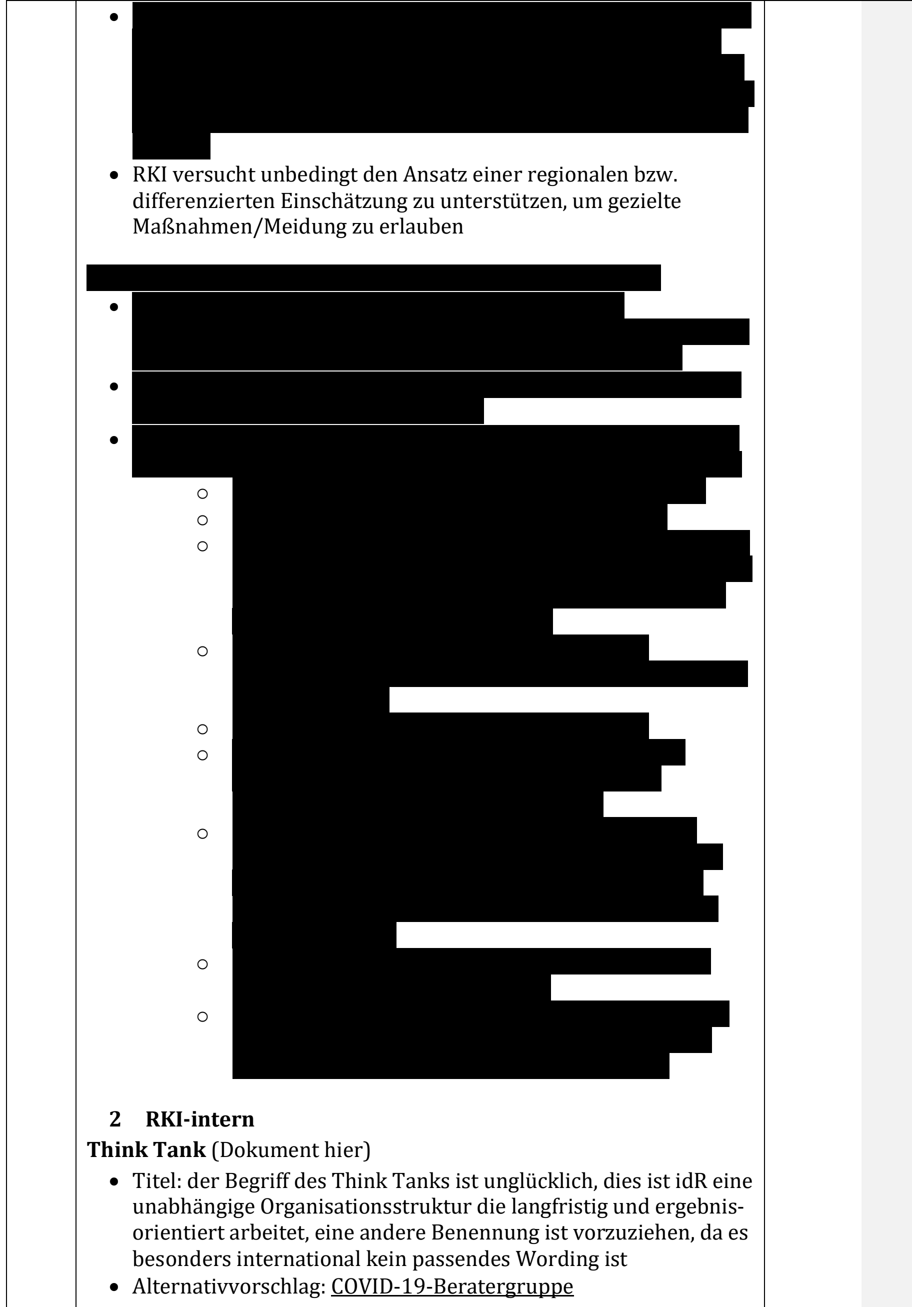
- Kann Spucke als Medium zur leichteren Probennahme irgendwann in Erwägung gezogen werden?
- Dies wird betrachtet und ist vorstellbar
- Die Herausforderung ist eher, dass die Laborlogistik sehr auf die Nutzung von Abstrichen ausgerichtet ist, eine Erweiterung auf Speichelproben würde diese Durcheinander bringen
- Spucke als Probenmaterial hat auf die Sensitivität keine große bzw. schlechte Auswirkung, ist jedoch nicht Mittel der Wahl und eher eine Ausweichalternative
- Kollegen aus Norwegen haben ihr gesamtes System auf Testung von Spucke umdisponiert (im Rahmen der Deeskalation), in ein paar Wochen wird klar, wie dies läuft
- Sollte durch RKI im Auge behalten werden



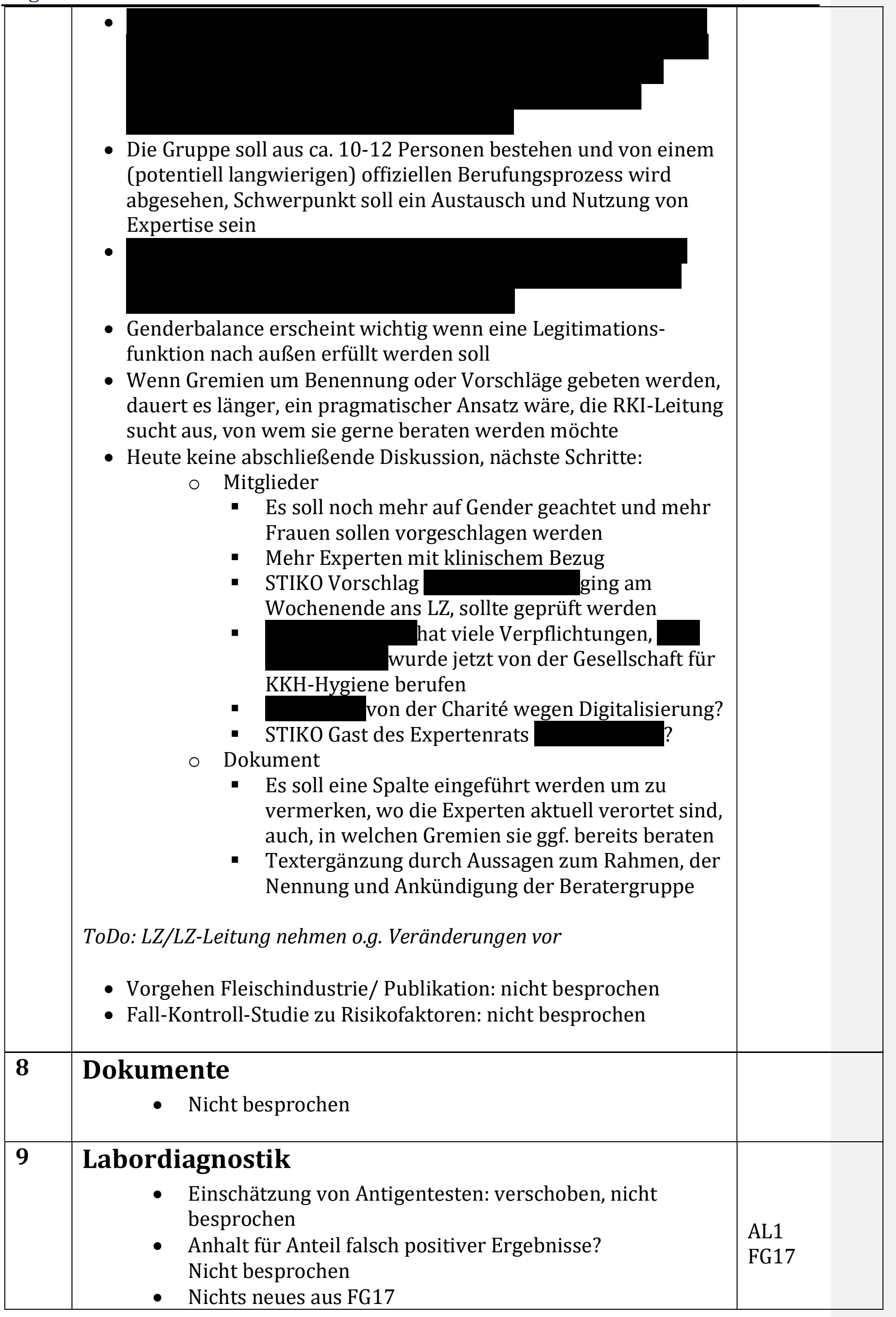
[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]





	• [redacted] • RKI versucht unbedingt den Ansatz einer regionalen bzw. differenzierten Einschätzung zu unterstützen, um gezielte Maßnahmen/Meidung zu erlauben [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **2 RKI-intern** **Think Tank** (Dokument hier) • Titel: der Begriff des Think Tanks ist unglücklich, dies ist idR eine unabhängige Organisationsstruktur die langfristig und ergebnis-orientiert arbeitet, eine andere Benennung ist vorzuziehen, da es besonders international kein passendes Wording ist • Alternativvorschlag: <u>COVID-19-Beratergruppe</u>	



- [redacted]
- Die Gruppe soll aus ca. 10-12 Personen bestehen und von einem (potentiell langwierigen) offiziellen Berufungsprozess wird abgesehen, Schwerpunkt soll ein Austausch und Nutzung von Expertise sein
- [redacted]
- Genderbalance erscheint wichtig wenn eine Legitimations-funktion nach außen erfüllt werden soll
- Wenn Gremien um Benennung oder Vorschläge gebeten werden, dauert es länger, ein pragmatischer Ansatz wäre, die RKI-Leitung sucht aus, von wem sie gerne beraten werden möchte
- Heute keine abschließende Diskussion, nächste Schritte:
  - Mitglieder
    - Es soll noch mehr auf Gender geachtet und mehr Frauen sollen vorgeschlagen werden
    - Mehr Experten mit klinischem Bezug
    - STIKO Vorschlag [redacted] ging am Wochenende ans LZ, sollte geprüft werden
    - [redacted] hat viele Verpflichtungen, [redacted] wurde jetzt von der Gesellschaft für KKH-Hygiene berufen
    - [redacted] von der Charité wegen Digitalisierung?
    - STIKO Gast des Expertenrats [redacted]?
  - Dokument
    - Es soll eine Spalte eingeführt werden um zu vermerken, wo die Experten aktuell verortet sind, auch, in welchen Gremien sie ggf. bereits beraten
    - Textergänzung durch Aussagen zum Rahmen, der Nennung und Ankündigung der Beratergruppe

ToDo: LZ/LZ-Leitung nehmen o.g. Veränderungen vor

- Vorgehen Fleischindustrie/ Publikation: nicht besprochen
- Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren: nicht besprochen

8 **Dokumente**

- Nicht besprochen

9 **Labordiagnostik**

- Einschätzung von Antigentesten: verschoben, nicht besprochen
- Anhalt für Anteil falsch positiver Ergebnisse? Nicht besprochen
- Nichts neues aus FG17

AL1
FG17

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Karten 7T Inzidenz >50/>35 [redacted]: nicht besprochen • [redacted]	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Siehe oben unter Strategie-Fragen: BMI Grenzöffnungen	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	FG32
15	**Wichtige Termine** • AGI-TK • TK AG Flughäfen • ECDC BMG TK VPräs wird von BMG organisiert	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 15.05.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	